



## Condado de Boulder

### Lista de espera por suspensión de las inscripciones del CCAP

#### ¿Quién puede inscribirse en la lista de espera de CCAP del condado de Boulder?

- Cuidadores adultos y padres adolescentes residentes en el condado de Boulder.
- Cuidadores adultos y padres adolescentes que participen en una actividad subvencionable:
  - o Empleado/trabajador autónomo
  - o en búsqueda de empleo
  - o Educación básica (bachillerato, programa GED, inglés como segundo idioma)
  - o Formación (profesional o técnica)
  - o Educación postsecundaria (hasta la primera licenciatura)
- Cuidadores adultos y padres adolescentes con ingresos brutos totales inferiores a los ingresos mensuales máximos indicados a continuación para el tamaño de su hogar.

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos brutos mensuales máximos	\$4,513.83	\$5,701.92	\$6,890.00	\$8,078.08	\$9,266.17	\$10,454.25	\$11,642.33

#### ¿Cuál es el proceso y los requisitos de la lista de espera por suspensión de las inscripciones?

- Los solicitantes deben presentar un cuestionario de preselección completo para su revisión.
- Los cuestionarios de preselección se tramitan por orden de recepción.
- Se notifica a los solicitantes por correo electrónico si han sido aprobados o rechazados para la lista de espera por congelación de inscripciones. Los solicitantes aprobados se colocan en la lista de espera por congelación de inscripciones.
- Los hogares en lista de espera sólo pueden inscribirse en la lista de espera y no pueden optar a los beneficios de CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben completar una recertificación cada seis meses para que CCAP pueda determinar la elegibilidad del hogar para permanecer en la lista de espera. Este documento será enviado por correo electrónico a los hogares.
- Los hogares en lista de espera deben notificar a CCAP si su dirección de correo electrónico cambia, ya que la comunicación y la recertificación se envían por correo electrónico desde CCAP.
- Los hogares en lista de espera deben visitar el sitio web de CCAP del condado de Boulder para obtener actualizaciones del programa, información adicional y recursos.
- Si hay cupos disponibles, se contactará por correo electrónico con las familias que estén en lista de espera y se les pedirá que rellenen una solicitud.

**¿Tiene preguntas?** Consulte nuestro sitio web [bouldercountychildcare.org](http://bouldercountychildcare.org) o envíe sus preguntas por correo electrónico a [ccap@bouldercounty.gov](mailto:ccap@bouldercounty.gov).

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE

# Cuestionario de preselección para participar en la lista de suspensión de las inscripciones (PSQ)

Todas las secciones marcadas con (\*) son INFORMACIÓN OBLIGATORIA y deben cumplimentarse o la solicitud podrá ser denegada.

\*Nombre del solicitante (Apellidos, Nombre, Segundo nombre): \_\_\_\_\_

\*Fecha: \_\_\_\_\_

\*Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

\*Dirección postal: (calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

\*¿Eres una persona sin hogar?  Sí  No

\*Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

\*Teléfono principal: \_\_\_\_\_  Móvil  Casa  Trabajo

\*Hay un segundo cuidador adulto en el hogar:  Sí  No \*En caso afirmativo, debe incluirse información adicional sobre el cuidador.

## Información del cuidador

\*Nombre del cuidador principal adulto: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Género:  Masculino  Femenino

\*Empleado o trabajador autónomo:  Sí  No \*En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Ingresos brutos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Media de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Si es trabajador autónomo, seleccione el tipo:

Empresario individual  1099 Contratista  SRL  S-Corp  Otro: \_\_\_\_\_

\*Asiste a la escuela o a cursos de formación:  Sí  No \*En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de formación y la fecha de inicio.

Nombre de la escuela o programa de formación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

\* Búsqueda de empleo:  Sí  No

\* Discapacitado:  Sí  No

Raza (opcional, marque todas las que correspondan):

Indio Americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro  Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco  Otra

Etnia (opcional):  Hispano  No hispano

\*Nombre del cuidador adulto adicional: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Género:  Masculino  Femenino

\*Relación con el cuidador principal adulto: \_\_\_\_\_

\*Empleado o trabajador autónomo:  Sí  No \*En caso afirmativo, debe completar el nombre del empleador, la fecha de inicio, los ingresos y las horas trabajadas.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Ingresos brutos mensuales: \$ \_\_\_\_\_ Media de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Si es trabajador autónomo, seleccione el tipo:

Empresario individual  1099 Contratista  SRL  S-Corp  Otro: \_\_\_\_\_

**\*Asiste a la escuela o a cursos de formación:**  Sí  No \*En caso afirmativo, debe completar el nombre de la escuela o programa de formación y la fecha de inicio.

Nombre de la escuela o programa de formación: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

\*Búsqueda de empleo:  Sí  No

\*Discapacitado:  Sí  No

Raza (opcional, marque todas las que correspondan):

Indio Americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro  Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco  Otra

Etnia (opcional):  Hispano  No hispano

<h2>Información sobre los hijos</h2>	
<p><b>Niño Uno</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>	<p><b>Niño Dos</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>
<p><b>Niño Tres</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>	<p><b>Niño Cuatro</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>

<p><b>Niño Cinco</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>	<p><b>Niño Seis</b></p> <p>Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Relación con el cuidador principal _____</p> <p>Asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (opcional, marque todas las que correspondan):</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Etnia (opcional): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano</p>
---	--

## Ingresos adicionales

\*¿Recibe usted o algún otro miembro de la unidad familiar otro tipo de ingresos?  Sí  No

En caso afirmativo, debe indicar el tipo de ingresos, su importe y la frecuencia con que se perciben (semanal, bimensual, mensual, etc.).

Algunos ejemplos son la manutención de los hijos, la pensión alimenticia, el desempleo, los beneficios de jubilación, los beneficios para veteranos, las asignaciones militares, las contribuciones en efectivo, los ingresos en especie, la compensación de los trabajadores, los intereses de los ahorros, los dividendos de las acciones o bonos, las rentas vitalicias, la seguridad social (invalidez para supervivientes, jubilación), los ingresos de seguridad suplementarios (SSI), etc.

Tipo de ingreso \_\_\_\_\_ Importe \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de percepción \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso \_\_\_\_\_ Importe \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de percepción \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso \_\_\_\_\_ Importe \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de percepción \_\_\_\_\_

## Activos

\*¿Dispone usted o el cuidador adicional de recursos líquidos o dinero en efectivo?

Sí  No \*En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Dispone usted o el cuidador adicional de recursos no líquidos o no monetarios?

Sí  No \*En caso afirmativo, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

## Manutención de los Hijos

\*¿Hay algún miembro de su hogar que esté pagando la manutención de los hijos por un hijo que no resida en su casa?

Sí  No En caso afirmativo, ¿cuánto paga al mes? \$ \_\_\_\_\_

## Notificación y constancia del intercambio de datos

Al firmar este documento, reconozco y acepto que para permanecer en la lista de espera o participar potencialmente y recibir beneficios y servicios a través del Colorado Child Care Assistance Program ("CCCAP"), que el Departamento de Servicios Humanos de mi condado local (el "Condado") y el Departamento de la Primera Infancia de Colorado ("CDEC") pueden necesitar compartir información sobre mí con cualquiera de las entidades que se indican a continuación:

- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno -incluida cualquier entidad que participe directamente en la administración o suministro de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno-, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Además, reconozco y acepto que el Condado y el CDEC pueden requerir información y documentación de las entidades enumeradas a continuación para procesar mi Redeterminación para la Lista de Espera por Congelación de Inscripciones, para determinar mi elegibilidad en la lista de espera, o para administrar de otra manera mis servicios CCCAP afines. Al firmar este documento, autorizo a las entidades enumeradas a continuación a divulgar información sobre mí al Condado y al CDEC para participar y recibir beneficios y servicios a través de CCCAP:

- Cualquier empleador para el que trabaje o haya trabajado,
- Cualquier documentación presentada en concepto de trabajador autónomo,
- Cualquier escuela o institución de formación a la que pueda asistir,
- Cualquier otro programa de asistencia administrado por el gobierno -incluida cualquier entidad que participe directamente en la administración o suministro de dicho programa de asistencia administrado por el gobierno-, incluidos, entre otros, Head Start, Early Head Start, y el Programa Preescolar Universal de Colorado.

Al firmar este documento, certifico que la información de este formulario es correcta, de acuerdo con mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información incorrecta o no completo el proceso de recertificación de la lista de espera cada seis meses, puedo ser eliminado de la lista de espera. He leído y acepto las condiciones expuestas.

\*Firma del cuidador principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cuidador adicional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Gracias por rellenar este formulario.